

## La neumología en el hospital comarcal

E. Barbeta Sánchez

Hospital General de Granollers. Granollers (Barcelona). España.

No existe una definición precisa, ni siquiera aproximada, de lo que es un hospital comarcal, y generalmente se utiliza esta denominación para referirse a los hospitales distintos de los grandes centros universitarios con más de 1.000 camas en los que se ha formado la mayoría de los neumólogos españoles. Así, es un concepto amplio en el que caben casi todos los hospitales pequeños y medianos; la mayoría, hospitales generales que tienen entre 100 y 500 camas, que cuentan con las especialidades básicas y en casi todos está presente la neumología, aunque de formas muy distintas<sup>1</sup>. A pesar de que el término *comarcal* tiene ciertas connotaciones rurales, una gran parte de estos hospitales está situada en zonas urbanas en la periferia de grandes ciudades.

Estos hospitales de tamaño pequeño-medio tienen una mayor accesibilidad para los pacientes, tanto por su situación más próxima a su domicilio como por su dimensión más abarcable. La práctica asistencial en estos hospitales se caracteriza por una mayor facilidad de relación con otras especialidades afines y con los servicios centrales (anatomía patológica, radiología, etc.). Una práctica más amplia (menos compartimentada) de la especialidad ofrece a menudo una visión más completa de problemas clínicos interrelacionados. Por otro lado, la relación recíproca que fácilmente se establece con los médicos de asistencia primaria es altamente positiva.

Por contra, estos centros suelen tener una reducida dotación de médicos especialistas, lo que conlleva una gran sobrecarga asistencial, además puede existir una cierta tendencia al aislamiento, especialmente cuando se cuenta con un solo neumólogo. También puede presentar dificultades el mantenimiento de un nivel de excelencia en todas las áreas de la especialidad, lo que junto a una menor dotación tecnológica, conlleva la necesidad de buscar referentes fuera del centro, actividad que no suele estar reconocida por la administración del hospital, por lo que se realiza a menudo a expensas de las relaciones personales de cada uno y sin ninguna compensación.

Creemos que en los hospitales generales de tamaño medio debería existir una unidad de neumología dife-

renciada del resto de especialidades médicas, cuyo grado de pertenencia al servicio de medicina interna dependería del tamaño del hospital y del grado de desarrollo de la propia unidad. Esta unidad tendría que estar constituida por un equipo multidisciplinario formado por médicos especialistas neumólogos, enfermería propia para endoscopia respiratoria y pruebas de función pulmonar y fisioterapeuta con formación específica para desarrollar los programas de rehabilitación, fisioterapia respiratoria y dar soporte a la colocación y control de CPAP, así como técnicas de ventilación mecánica no invasiva. Este equipo multidisciplinario debería formar una unidad funcional y estar liderado por uno de los médicos neumólogos. Además, debe lograrse una estrecha colaboración con cirugía torácica, que en muchos de estos hospitales es compartida con otros centros, en todas las enfermedades susceptibles de exploraciones o tratamientos quirúrgicos, especialmente dentro del comité de cáncer de pulmón<sup>2</sup>.

A diferencia de los grandes centros universitarios, las unidades de neumología de estos hospitales pequeños o medianos no tienen como misión ni ser centros de referencia ni liderar áreas concretas de la especialidad; sí, en cambio, tienen el compromiso de ofrecer una asistencia neumológica de calidad a la población de su área de influencia, por lo que es necesario que puedan ofrecer la realización de algunas de las técnicas propias de la especialidad. Su grado de desarrollo dependerá, sobre todo, de la propia capacidad de la dotación humana de la unidad. La broncoscopia, la espirometría y algunas otras pruebas de función pulmonar son técnicas ya disponibles hoy día en casi todos los hospitales cualquiera que sea su tamaño<sup>1</sup>. En los últimos años y dada la alta prevalencia de los trastornos respiratorios durante el sueño, se ha incrementado la existencia de poligrafía respiratoria, técnica que debería generalizarse<sup>3</sup>. Su introducción es un reto en cuanto requiere una formación específica para la dotación humana implicada y comporta una demanda asistencial difícil de asumir sin la creación de un dispensario monográfico.

Creemos que es muy importante que el neumólogo atienda directamente a enfermos hospitalizados, ya que generalmente es en la hospitalización convencional donde se atienden las enfermedades especialmente graves y complejas para las que el neumólogo está especialmente preparado.

Correspondencia: Dr. E. Barbeta Sánchez.  
Hospital General de Granollers. 08400 Granollers (Barcelona). España.  
Correo electrónico: 11593ebs@comb.es

Recibido: 8-4-2002; aceptado para su publicación: 18-5-2002.

La fisioterapia respiratoria es parte muy importante del tratamiento, a veces el único efectivo, de algunas afecciones respiratorias muy comunes, como las paquipleuritis o la disfunción diafragmática en los pacientes con gran atrapamiento aéreo, entre otras. Además, una parte muy importante de nuestros pacientes son portadores de enfermedades crónicas con grandes limitaciones funcionales y de calidad de vida que se beneficiarían de programas de entrenamiento al esfuerzo y otras técnicas de rehabilitación; por todo ello, desde la unidad de neumología debe desarrollarse un programa de fisioterapia respiratoria y rehabilitación dirigido a pacientes ambulatorios.

Se debe ser flexible para adaptarse a las nuevas demandas derivadas de los cambios demográficos (envejecimiento, inmigración, etc.), mediante el desarrollo de programas específicos para la atención de pacientes con afecciones crónicas (enfermedad pulmonar obstructiva crónica e insuficiencia respiratoria crónica) y la búsqueda de colaboración de los servicios sociosanitarios. También hay que adaptarse a los nuevos métodos de financiación y gestión de la sanidad pública, aplicando programas de prevención de reingresos y colaborando en los nuevos recursos que se pongan en marcha: hospital de día y hospitalización a domicilio.

Así pues, desde un hospital general de tamaño mediano se puede atender la mayoría de las enfermedades neumológicas que se generan en su área de influencia, a menudo de forma más eficiente que en los grandes hospitales de tercer nivel<sup>4</sup>. A nuestro entender, la relación con los servicios de neumología de los hospitales terciarios no debe limitarse únicamente a la derivación de pacientes que precisan de técnicas o exploraciones complejas o que requieren el concurso de neumólogos con experiencia en enfermedades de muy baja prevalencia, sino que además deben, de forma reglada, asesorar y dar soporte técnico, científico y docente a las diferentes unidades de neumología de los hospitales pequeños y medianos. De esta relación se beneficiarían también los servicios de neumología de los grandes hospitales que verían reducir sus listas de espera, se liberarían de tareas rutinarias y repetitivas y accederían a un mayor número de casos complejos, ejerciendo como verdaderos centros de referencia. Ya existen ejemplos de este tipo

de relación en especial entre las unidades de sueño<sup>5</sup> que, además, han sabido aprovechar las facilidades que ofrecen las nuevas tecnologías de la comunicación.

Dentro del hospital, la unidad de neumología debe también tomar parte activa en las diferentes comisiones relacionadas con la especialidad y colaborar en la elaboración de protocolos para otras áreas del hospital, como urgencias o áreas de críticos. Al mismo tiempo, debe estar abierta a colaborar con la asistencia primaria de su área de influencia y ser referente de la misma.

Para conseguir el estímulo necesario para "estar en forma" profesionalmente es necesario revisar periódicamente el trabajo realizado para compararlo con los estándares de la bibliografía y los de los hospitales de referencia. También es conveniente mantener una cultura de innovación, realizar trabajos de investigación clínica adecuados a sus posibilidades, concursar para la obtención de becas, participar en ensayos clínicos, etc.

En definitiva, los neumólogos que trabajan en los hospitales pequeños y medianos no sólo deben limitarse a practicar las técnicas de la especialidad y actuar de consultores sino también buscar la excelencia en la asistencia que se proporciona a los enfermos, ya que éste es el único camino para liderar de forma efectiva el tratamiento de las diferentes afecciones en que están implicadas otras especialidades.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Marquilles E, Hernández S, Serra J. Situació actual de la pneumologia als Hospitals Comarcals de Catalunya. XI Diada Pneumològica; 1993, marzo; Reus.
2. Pérez C, Domènech M, Ramis R, Mateu M. Cirugía torácica en los hospitales comarcales. Una realidad. XV Diada Pneumològica; 1997, abril; Tarragona.
3. Terán J, Fernández C, Cordero J. Situación en España de los recursos diagnósticos y de los tratamientos con presión positiva continua sobre la vía aérea, en el síndrome de apneas-hipopneas obstructivas del sueño. Arch Bronconeumol 2000;36:494-9.
4. Galán JM, Rodríguez E, Llanes F, Rosado M, Castillo J. Evaluación de la influencia del tamaño del hospital sobre la eficiencia asistencial neumológica en Andalucía. Arch Bronconeumol 1999;35:202-7.
5. Torrella M, Hernández L, Barbeta E, Ballester E, Monserrat JM. Interrelación entre un centro de referencia y un hospital colaborador para el diagnóstico y tratamiento del SAHS. Arch Bronconeumol 1999;35(Supl 2):23.